

千葉県重度心身障害者（児）医療費助成の手引き  
（柔道整復師用）

平成 27 年 9 月

千葉県健康福祉部障害福祉課

# 目 次

## 第1章 千葉県重度心身障害者（児）医療費助成について

- 1 事業の概要 . . . . . 1
- 2 現物給付の流れ . . . . . 2
- 3 他の公費負担制度との優先関係 . . . . . 3
- 4 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の  
取り扱いについて . . . . . 3

## 第2章 受給券について

- 1 受給券の様式 . . . . . 4
- 2 公費負担者番号の構成 . . . . . 5
- 3 「自己負担金」欄について . . . . . 5

## 第3章 施術機関の取り扱いについて

- 1 現物給付の条件 . . . . . 6
- 2 自己負担額の徴収 . . . . . 6

## 第4章 重度心身障害者（児）医療費の請求について

- 1 受領委任払い契約の締結について . . . . . 7
- 2 重度心身障害者（児）医療費の請求・支払 . . . . . 7
- 3 重度心身障害者（児）医療費の請求に係る提出書類 . . . . . 7

## 第5章 支給申請書の記載要領

- 1 記載に係る留意点 . . . . . 9
- 2 請求額の記載 . . . . . 10
- 3 支給申請書の記載例 . . . . . 11～17

## 第6章 柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取り扱いについて

- 1 請求手続きについて . . . . . 18

## 様式

支給申請書（様式）	19
請求書（様式）	20
請求書（記載例）	21
重度心身障害者（児）医療費請求内訳書（様式）	22
重度心身障害者（児）医療費請求内訳書（記載例）	23
市町村担当課一覧	24

# 第1章 千葉県重度心身障害者（児）医療費助成について

千葉県では、重度心身障害者（児）の健康と福祉の増進及び医療負担の軽減を図るため、保険診療に係る医療費を助成する公費負担制度を実施しています。

重度心身障害者（児）医療費助成のうち「柔道整復師の施術に係る療養費」に係る事業の概要は以下のとおりです。

## 1 事業の概要

### (1) 事業の実施主体

重度心身障害者（児）の居住する市町村

### (2) 対象者

千葉県内に居住する重度心身障害者（児）

- ・身体障害者手帳1級、2級
- ・療育手帳④、Aの1、Aの2

ただし、65歳以上で新たに助成対象の障害者手帳が交付された者は対象外となります。

※ 対象者の基準は市町村によって異なります。

### (3) 給付対象額

通院 保険診療の一部負担金額（平成27年8月1日以降の施術）

### (4) 自己負担額

通院1回につき0円、200円、300円のいずれか

※ 自己負担額は市町村により異なりますので、必ず受給券を御確認ください。

### (5) 給付方法（平成27年8月から）

現物給付方式により実施

※ 施術機関の窓口で受給券を提示することにより、受給券に記載された自己負担のみで施術を受けることができます。

※ 受給券の提示がない場合や県外で受療した場合は、償還払いとなります。

※ 千葉県と柔道整復師の団体との間で受領委任契約を締結することによって現物給付を実施します。

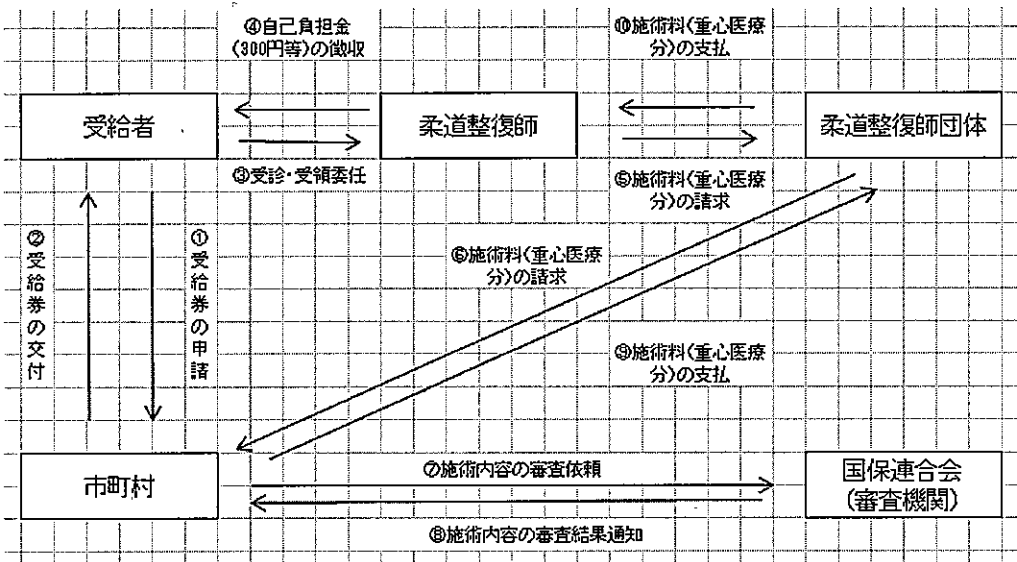
（柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取扱いについては、P18を参照してください。）

※ はり灸マッサージ及びあん摩マッサージは、受領委任の対象となっていないため、現物給付の対象外となります。

## 2 現物給付の流れ

千葉県重度心身障害者（児）医療費助成事業における現物給付の流れは、概ね次のとおりとなっています

- (1) 対 象 柔道整復師の施術に係る療養費  
(はり灸マッサージ及びあん摩マッサージは対象外)
- (2) 実施方法 県と柔道整復師（団体）とで現物給付（受領委任）に関する契約を締結（契約を締結していない柔道整復師（団体）は償還払い）
- (3) 審査機関 千葉県国民健康保険団体連合会
- (4) 支払機関 市町村
- (5) 実施日 平成 27 年 8 月 1 日（平成 27 年 8 月施術分から）



- (1) 柔道整復師は、受給者の受領委任により、加入団体に重心医療分の施術料を請求する。
- (2) 団体は、会員から請求された重心医療費分の施術料を取りまとめ、市町村に請求する。(団体に加入していない柔道整復師は、直接市町村へ請求する。)
- (3) 市町村は、資格確認を行った後、国保連合会に施術内容の審査を依頼する。
- (4) 国保連合会は、施術内容を審査し、市町村に支給申請書を返送する。
- (5) 市町村は、国保連合会の審査の結果、適正と認められるものについて、団体に施術料を支払う。(団体に加入していない柔道整復師へは直接支払う。)

※請求内容に疑義があるものについては、適宜、重度心身障害者（児）に施術内容、回数等を照会する。

(6) 団体は、各会員に施術料を支払う。

### 3 他の公費負担制度との優先関係

重度心身障害者（児）医療費助成制度は、他の公費負担制度が優先します。ただし、先に適用した公費負担制度に自己負担額がある場合は、当該自己負担額について、重度心身障害者（児）医療の助成対象となります。

### 4 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の取り扱いについて

重度心身障害者（児）医療費の助成対象となる障害児が、学校管理下での負傷又は疾病により受診した場合には、下記の点に留意してください。

- 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費については、重度心身障害者（児）医療費助成制度の助成対象となりません。
- 障害児の保護者に対しては、学校管理下での負傷又は疾病により受診する際は、受給券を使用しないよう市町村から周知されています。
- 保護者から学校管理下での負傷又は疾病であるとの申し出があった場合は、重度心身障害者（児）医療費助成制度を使わずに、保険診療の一部負担金である3割（就学前児は2割）相当額を保護者に請求してください。

## 第2章 受給券について

重度心身障害者（児）医療費助成の現物給付を行うには、市町村が発行する受給券が必ず必要になります。施術機関の窓口では、受給券の提示を受け、内容を確認していただくようお願いいたします。

※ 来院の都度、毎回、必ず受給券の確認を行っていただきますようお願いいたします。

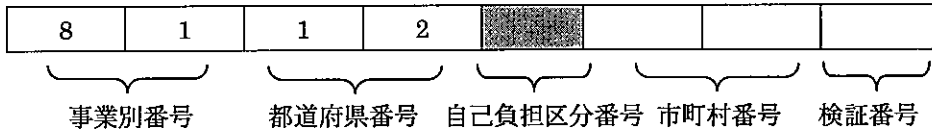
### 1 受給券の様式

市町村によって多少異なりますが、概ね下記のとおりとなっています。

重度心身障害者（児）医療費助成受給券									
公費負担者番号									
受給者番号									
対象者	住所	〒							
	氏名							男・女	
	生年月日	年月日							
有効期限		年月日～年月日							
自己負担金	通院								
	入院								
	保険調剤	無料							
	入院時食事療養費	全額自己負担							
〇〇市町村長 〇 〇 〇 〇 (印)									

## 2 公費負担者番号の構成

重度心身障害者（児）医療費助成制度の公費負担者番号は、8桁の算用数字から構成されています。



事業別番号	重度心身障害者（児）医療費助成事業では「81」を設定しています。
都道府県番号	千葉県の場合は「12」になります。
自己負担区分	下記の「0」～「5」のいずれかを使用します。 「0」・・・ 0円（県基準） 「1」・・・ 300円（県基準） 「2」・・・ 0円（市町村独自基準） 「3」・・・ 200円（市町村独自基準） 「4」・・・ 0円、200円、300円のいずれか（市町村独自基準） 「5」・・・ 0円（市町村独自基準）
市町村番号	千葉県内の市町村にそれぞれ2桁の番号が決められています。
検証番号	国で定めた計算式に基づいて算出される番号になります。

## 3 「自己負担金」欄について

自己負担金の表示は、以下のようになっています。

通院	無料 通院1回につき200円 通院1回につき300円	} どちらか1つが記載されます。
入院	無料 入院1日につき200円 入院1日につき300円	} どちらか1つが記載されます。
保険調剤	無料	
入院時食事療養費	全額自己負担	

※「全額自己負担」とは、重度心身障害者（児）医療費助成の対象外を意味します。窓口では法令等において定められた金額を徴収してください。

※保険診療の一部負担金額が受給券に記載された自己負担金に満たない場合は、その金額を徴収してください。



## 第3章 施術機関の取り扱いについて

### 1 現物給付の条件

重度心身障害者（児）医療費助成制度において現物給付ができるのは、以下の項目を全て満たす場合に限りです。

- (1) 千葉県内の市町村から重度心身障害者（児）医療費助成受給券の交付を受けていること。
- (2) 千葉県内の契約施術機関での受療。
- (3) 受療の際に、受給券と保険証を提示した場合。
- (4) 柔道整復師による施術に係る療養費であること。  
(はり灸マッサージ及びあん摩マッサージは現物給付の対象外)

### 2 自己負担額の徴収

施術機関の窓口では、受給券に記載の自己負担額のみを徴収し、保険診療の一部負担金額（総療養費の1割、2割、3割のいずれか）と自己負担額（0円、200円、300円のいずれか）の差額を施術機関から加入している柔道整復師の団体を通して市町村に請求していただくことになります。

(例)

総療養費	保険負担額	自己負担額	請求額
3,000円	2,100円	300円	600円

## 第4章 重度心身障害者（児）医療費の請求について

### 1 受領委任払い契約の締結について

重度心身障害者（児）医療費助成制度において現物給付の取り扱いを行い、重度心身障害者（児）医療費の請求を行うためには、事前に千葉県と柔道整復師との間で現物給付（受領委任払い）の取り扱いに関する契約を締結する必要があります。

受領委任払い契約は、千葉県と柔道整復師の団体との間で締結します。契約に関する取り扱いについては、加入団体へお問い合わせください。

### 2 重度心身障害者（児）医療費の請求・支払

重度心身障害者（児）医療費の請求は、加入している柔道整復師の団体を通じて重度心身障害者（児）が居住する市町村に対して行っていただきます。

団体から請求のあった重度心身障害者（児）医療費は、市町村から団体を通じて支払います。個人への直接の支払いは行いませんのでご注意ください。

※団体を通じて重度心身障害者（児）医療費を請求できる柔道整復師は、医療保険において受領委任の取扱いがなされている柔道整復師に限ります。

### 3 重度心身障害者（児）医療費の請求に係る提出書類

重度心身障害者（児）医療費の請求は、規定の様式にて行っていただきます。

柔道整復師は、加入団体へP19の規定様式「支給申請書」を提出してください。（「支給申請書」以外の必要書類については加入団体へお問い合わせください。）

柔道整復師の団体は、会員の柔道整復師から提出された「支給申請書」を市町村ごとに取りまとめ、P20及びP22の規定様式「請求書」とともに毎月20日までに市町村へ提出してください。

※ 請求のあった重度心身障害者（児）医療費は、原則として、請求月の翌々月末までにお支払いいたします。ただし、20日以降に請求があった場合、請求書類の記載内容に不備があった場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、請求内容に疑義があり受給者へ施術内容等を確認する必要がある場合等については、支払時期が遅れることもありますので御留意ください。

※ 支給申請書の記載内容に不備がある場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、支給申請書記載の施術内容に疑義がある場合等は、支給申請書を返戻いたします。支給申請書が返戻となる場合、提

出いただいた「請求書」に記載の請求金額が変更となるため、再度の請求書の提出が必要となりますので御留意ください。

## 第5章 支給申請書の記載要領

重度心身障害者（児）医療費の請求は、規定の様式（P 19の「支給申請書」）にて行っていただきます。

支給申請書の様式は、基本的には医療保険における「柔道整復施術療養費支給申請書（様式第5号）」と同様となっており、記入方法も基本的には、医療保険の支給申請書と同様となりますが、異なる点もありますので御注意ください。

以下の点に御留意いただくとともにP 11～P 17の記載例を参考にして支給申請書を作成してください。

### 1 記載に係る留意点

#### (1) 公費負担者番号

受給券に記載されている「公費負担者番号」を記入してください。

#### (2) 公費負担医療の受給者番号

受給券に記載されている「受給者番号」を記入してください。

#### (3) 施術の内容

医療保険の例にならって記入してください。

#### (4) 支払機関

加入している柔道整復師の団体の口座を記入してください。会員の口座への直接の振り込みは行いません。

#### (5) 施術証明欄

記載例を参考に加入している柔道整復師の団体へ受領委任をする旨を記載してください。

#### (6) 摘要欄

重度心身障害者（児）医療費助成の受給者であることを判別しやすくするため、「**重心**」と記載してください。

※1 「**重心**」の記載は、各保険者に請求する支給申請書にも同様に記載してください。

※2 各保険者に請求する支給申請書の摘要欄には、高額療養費を正確に計算するため、実際に被保険者が負担した金額（一部負担金から公費分を除いた金額）を自己負担金額として記載してください。

## 2 請求額の記載

支給申請書の「一部負担金」欄の下段に「重度心身障害者（児）医療費自己負担額」を、「請求金額」欄に「重度心身障害者（児）医療費請求額」を記載していただきます。

### （1）重度心身障害者（児）医療費自己負担額

重度心身障害者（児）医療費自己負担額（0 円、200 円、300 円×通院回数）を記入してください。

なお、同月に複数回受療した場合で、そのうち医療保険の一部負担金額が 200 円（又は 300 円）に満たなかった場合は、その金額を記入してください。

《例》・通院 1 回につき自己負担 300 円の重度心身障害者（児）

・同月に下記の内容で 2 回通院

	総療養費	一部負担金額	重心医療費自己負担額
1 回目	2,340 円	702 円	300 円
2 回目	610 円	183 円	183 円
合計	2,950 円	885 円	483 円

上記の場合、「一部負担金」欄の上段には 885 円（医療保険の一部負担金額）、下段には 483 円（重心医療費自己負担額）を記入します。

### （2）重度心身障害者（児）医療費請求額

医療保険の一部負担金額から重心医療費自己負担額を差し引いた額 402 円（885 円－483 円）を記入してください。

### 3 支給申請書の記載例

《事例1》 支給申請書の記載例1 (P12及びP13)

重度心身障害者(児)医療費自己負担額300円、医療保険の一部負担割合3割、通院回数5回(4月3日~4月17日)、施術日ごとの療養費が以下のとおりであった場合

施術年月日	施術療養費合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	重心医療費自己負担額(c)	重心医療費請求額 (d)=(b)-(c)
4月3日	1,220円	366円	300円	66円
4月5日	1,220円	366円	300円	66円
4月10日	1,220円	366円	300円	66円
4月13日	1,220円	366円	300円	66円
4月17日	1,220円	366円	300円	66円
総合計	6,100円	1,830円	1,500円	330円

(a) 施術療養費合計

総合計額 6,100 円は、支給申請書の「合計」(A) と一致します。

(b) 一部負担金額

総合計額 1,830 円は、支給申請書の「一部負担金」欄の上段(B) と一致します。

※一部負担金額は、医療保険の自己負担分(総療養費の1割、2割、3割のいずれか)です。この事例では3割になります。

(c) 重心医療費自己負担額

総合計額 1,500 円は、支給申請書の「一部負担金」欄の下段(C) と一致します。

(d) 重心医療費請求額

総合計額 330 円は、支給申請書の「請求金額」(D) と一致します。「一部負担金額(b)」から「重心医療費自己負担額(c)」を差し引いた額となります。

千葉県重度心身障害者（児）医療費助成  
柔道整復施術療養費支給申請書

都道府県番号 12 施術機関コード  
 保険者番号 \* \* \* \* \*  
 記号・番号 △△△△ □□□□

平成27年4月分  
 支給券に記載されている公費負担者番号を記入してください。  
 支給券に記載されている受給者番号を記入してください。

公費負担者番号① 8 1 1 2 \* \* \* \* \*  
 公費負担者番号② \* \* \* \* \*  
 公費負担医療の受給者番号① \* \* \* \* \*  
 公費負担医療の受給者番号② \* \* \* \* \*

被保険者 氏名 千葉 太郎 住所 260-\*\*\*\* 千葉市中央区市場町1-1  
 世帯主・組合員の受給者 住所 氏名 千葉 太郎 住所 260-\*\*\*\* 千葉市中央区市場町1-1  
 TEL: 043-\*\*\*\*-\*\*\*\*

療養を受けた者の氏名	生年月日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
千葉 一郎	1男 1明2大 2女 3昭平 60年1月1日	

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(1)右膝関節捻挫	27・3・5	27・3・5	27・4・3	27・4・17	5	治療・中止・転医
(2)右股関節挫傷	27・3・5	27・3・5	27・4・3	27・4・17	5	治療・中止・転医
(3)						治療・中止・転医
(4)						治療・中止・転医
(5)						治療・中止・転医

経過	請求区分	新規・継続
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
初検料	円	円
再検料	円	円
往診料	km 回	円
加算(休日・深夜・時間外)	円	円
加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	円
施術情報提供料	円	円
計	円	円
整復料・固定料・治療料	(1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円	円計 円
部位	通減% 通減開始月日 後療料 円 回	冷電法料 円 回 温電法料 円 回 電療料 円 回 計 円 多部位 計 円 長期 計 円
(1)	100 — 505 5 2,525	5 375 5 150 3,050 — 3,050
(2)	100 — 505 5 2,525	5 375 5 150 3,050 — 3,050
(3)	60 —	0.6
(4)	60 —	0.6
(5)	100 —	

(B) = (A) × (負担割合)  
 この事例では3割  
 1,830円 = 6,100円 × 0.3

概要	合計	6	1	0	0	円
加入している団体へ療養費の受領を委任する旨必ず記載してください。(任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記載)	一部負担金	1	8	3	0	円
上段(B)に「医療保険の一部負担金額」を 下段(C)に「重心医療費自己負担額」を記入してください。	請求金額	1	5	0	0	円
重心的	※	3	3	0	0	円

支払区分 1:普通 2:銀行送金 3:当地払 4:別段  
 入金機関 千葉 本店 支所  
 口座番号 〇〇セコフシカイイチャウ 〇〇接骨師会 会長 青川 太郎  
 登録記号番号 □□□ — △ — △

上記のとおり施術したことを証明します。  
 平成27年4月17日 千葉市中央区中央□-△-〇  
 施術所名称 〇〇接骨院  
 電話 043-△△△-□□□□  
 フリガナ コウダ ジロウ  
 整復師氏名 剛田 次郎

上記請求に基づき給付金の受領方を上記の者に委任します。  
 平成27年4月17日  
 住所(上記住所欄と同) 千葉 太郎  
 被保険者 世帯主 組合員 受給者

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

施術年月日	施術療養費合計(a)	一部負担金額(b)=(a×0.3)	重心医療費自己負担額(c)	重心医療費請求額(d)=(b)-(c)
4月3日	1,220円	366円	300円	66円
4月5日	1,220円	366円	300円	66円
4月10日	1,220円	366円	300円	66円
4月13日	1,220円	366円	300円	66円
4月17日	1,220円	366円	300円	66円
総合計	6,100円	1,830円	1,500円	330円

この表はP11の施術日ごとの内訳を例示したものですので、支給申請書に記載する必要はありません。(記入欄はありません。)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成27年4月分

添道府県番	12	施術機関コード	
保険者番号	* * * * *		

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1.独	2.組	3.共	単併区分	1.単独	2.2併	3.3併	本家区分	1.本人	2.六歳	3.高1	給付割合	10・9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	4.国	5.退	6.後期						4.六歳	5.高7		8・7	

被保険者 氏名 千葉 太郎 住所 260-\*\*\*\* 千葉市中央区市場町1-1  
 世帯主・組合員の受給者 氏名 千葉 太郎 住所 260-\*\*\*\* 千葉市中央区市場町1-1  
 TEL:043-\*\*\*\*-\*\*\*\*

療養を受けた者の氏名 千葉 一郎 生年月日 60年1月1日 負傷の原因 業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転帰
(1)右膝関節捻挫	27・3・5	27・3・5	27・4・3	27・4・17	5	治癒・中止・転医
(2)右股関節挫傷	27・3・5	27・3・5	27・4・3	27・4・17	5	治癒・中止・転医
(3)						治癒・中止・転医
(4)						治癒・中止・転医
(5)						治癒・中止・転医

経過 請求区分 新規・**継続**

施術日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

初検料 円 初検時相談支援料 円 再検料 円 往療料 km 回 円 金属副子等加算(大・中・小) 円 計 円  
 加算(休日・深夜・時間外) 円 加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円 施術情報提供料 円

整復料・固定料・施療料 (1) 円 (2) 円 (3) 円 (4) 円 (5) 円 計 円

部位	通減%	通減開始月日	後療料 円	回数	冷電法料 円	温電法料 円	電療料 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円			
(1)	100	—	505	5	2,525	5	375	5	150	3,050	—	—	3,050
(2)	100	—	505	5	2,525	5	375	5	150	3,050	—	—	3,050
(3)	60	—									0.6		
(4)	60	—									0.6		

(B) = (A) × (負担割合)  
 この事例では3割  
 1,830円 = 6,100円 × 0.3

概要 自己負担金額: 1,500円 公費負担金額: 330円 ※

合計	6	1	0	0	円
一部負担金	1	8	3	0	円
請求金額	4	2	7	0	円

支払機関欄 支取区分 1:普通 2:銀行送金 3:当地払 4:別段 預金の種類 1:普通 2:当座 3:通知 4:別段 金融機関 千葉 銀行 千葉 本店 支店 本・支所

施術証明欄 上記のとおり施術したことを証明します。 平成27年4月17日 所在地〒260-0013 千葉市中央区中央□-△-○ 施術所名称 ○○接骨院 電話 043-△△△-□□□□ 柔道 フリガナ ゴウダ ジロウ 整復師氏名 剛田 次郎

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 平成27年4月17日 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名 千葉 太郎

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

高額療養費を正確に計算するため、摘要欄に実際に被保険者が負担した金額(右記の一部負担金から公費分を除いた金額)を自己負担金額として記載してください。  
 (市町村へは公費負担分と自己負担分が2段階きとなるため、それぞれの金額が明確である。しかし、保険者に提出される分の申請書は1段階きのため、公費分の金額と自己負担分の金額が不明なため、高額療養費の金額が正確に計算されない。)



《事例2》支給申請書の記載例2（P15及びP16）のケース

重度心身障害者（児）医療費自己負担額200円、医療保険の一部負担割合3割、通院回数5回（4月16日～4月20日）、施術日ごとの療養費が以下のとおりであった場合

施術年月日	施術療養費合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	重心医療費自己負担額(c)	重心医療費請求額 (d)=(b)-(c)
4月16日	2,340円	702円	200円	/
4月17日	825円	248円(注1)	200円	
4月18日	505円	152円(注2)	152円	
4月19日	505円	152円	152円	
4月20日	610円	183円	183円	
総合計	4,785円	1,436円(注3)	887円	549円(注4)

(a) 施術療養費合計

総合計額4,785円は、支給申請書の「合計」(A)と一致します。

(b) 一部負担金額

総合計額1,436円は、支給申請書の「一部負担金」欄の上段(B)と一致します。

※一部負担金額は、医療保険の自己負担分（総療養費の1割、2割、3割のいずれか）です。この事例では3割になります。

(c) 重心医療費自己負担額

総合計額887円は、支給申請書の「一部負担金」欄の下段(C)と一致します。

4月18日～20日は、一部負担金額（医療保険の3割負担分）が152円及び183円であり、重心医療費自己負担額200円に満たないため、重心医療費自己負担額は、一部負担金額の152円及び183円となります。

(d) 重心医療費請求額

総合計額549円は、支給申請書の「請求金額」(D)と一致します。

「一部負担金額(b)」から「重心医療費自己負担額(c)」を差し引いた額となります。

注1 一部負担金額は、825円×0.3=247.5円となり、小数点以下は切り上げるため、248円となります。

注2 一部負担金額は、505円×0.3=151.5円となり、小数点以下は切り上げるため、152円となります。

注3 一部負担金額の総合計は、施術日ごとに加算した金額ではなく、施術療養費合計の総合計の4,785円×0.3=1435.5円の小数点以下を切り上げた1,436円となります。

注4 重心医療費請求額の総合計は、(b)の総合計-(c)の総合計となり、1,436円-887円=549円となります。

千葉県重度心身障害者（児）医療費助成  
柔道整復施術療養費支給申請書

平成27年4月分

受給券に記載されている公費負担者番号を記入してください。 公費負担者番号① 8 1 1 2 * * * *		受給券に記載されている受給者番号を記入してください。 公費負担医療の受給者番号② * * * * *		記号・番号 ΔΔΔΔ □□□□	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		1.障 2.組 3.共 4.国 5.退 6.後期 7.併 8.単 9.単 10.単 11.単 12.単 13.単 14.単 15.単 16.単 17.単 18.単 19.単 20.単 21.単 22.単 23.単 24.単 25.単 26.単 27.単 28.単 29.単 30.単 31.単	

被保険者 世帯主・組合員 の 受給者	氏名 千葉 太郎	住所 260-**** 千葉市中央区市場町1-1 TEL:043-****-****
-----------------------------	-------------	--

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
千葉 一郎	1男 1明2大 2女 3昭平 60年1月1日	

負 傷 名	負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日	施 術 開 始 年 月 日	施 術 終 了 年 月 日	実 日 数	転 帰
(1) 右手関節捻挫	27・4・15	27・4・16	27・4・16	27・4・20	5	治癒・中止・転医
(2)	.	.	.	.	.	治癒・中止・転医
(3)	.	.	.	.	.	治癒・中止・転医
(4)	.	.	.	.	.	治癒・中止・転医
(5)	.	.	.	.	.	治癒・中止・転医

経 過	請求区分	新規・継続
-----	------	-------

施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
初検料 1,450円	初検時 指圧支療料 50円	再検料 320円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計 1,820円
加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	施術情報提供料	円

整復料・固定料(施療料)	(1) 760 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計 760円									
部位	通減 %	通減開始 月	後療料 円	冷罨法料 円	温罨法料 円	電療料 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円						
(1)	100		505	4	2,020	1	80	1	75	1	30	2,205			2,205
(2)	100														
(3)	60													0.6	
(4)	100														
(5)	60													0.6	
(6)	100														

(B) = (A) × (負担割合)  
この事例では3割  
1,436円 = 4,785円 × 0.3  
(小数点以下切り上げ)

合 計	4	7	8	5	円
一部負担金	1	4	3	6	円
請求金額	8	8	7		円
※	5	4	9		円

**重心**  
加入している団体へ療養費の受領を委任する旨必ず記載してください。(任意団体の長の場合は住所又は所在地まで記載)

上段(B)に「医療保険の一部負担金額」を下段(C)に「重心医療費自己負担額」を記入してください。

支払区分 1:普通 2:銀行送金 3:当地払 4:別段	預金の通帳 千葉 銀行 金庫 農協	金融機関 千葉 本店 支店 本・支所	口座番号 〇〇セッコウシカイイチャウ ホネカク タロウ	登録記号番号 〇〇接骨師会 会長 青川 太郎
---	----------------------	-----------------------	--------------------------------	---------------------------

上記のとおり施術したことを証明します。 平成27年4月20日 所在地〒260-0013 千葉市中央区中央□-△-〇 施術所名称 〇〇接骨院 電話 043-△△△-□□□□ 柔道 フリガナ ゴウダ シロウ 整復師氏名 剛田 次郎	上記請求に基づく給付金の受領方を登記の者に委任します。 平成27年4月20日 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名 千葉 太郎
---	--

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

施術年月日	施術療養費合計 (a)	一部負担金額 (b) = (a) × 0.3	重心医療費自己負担額 (c)	重心医療費請求額 (d) = (b) - (c)
4月16日	2,340円	702円	200円	
4月17日	825円	248円	200円	
4月18日	505円	152円	152円	
4月19日	505円	152円	152円	
4月20日	610円	183円	183円	
総合計	4,785円	1,436円	887円	549円

この表はP14の施術日ごとの内訳を例示したものですので、支給申請書に記載する必要はありません。(記入欄はありません。)

記載例2 (保険者請求用)

柔道整復施術療養費支給申請書  
平成27年4月分

都道府県番 12 施術機関コード  
保険者番号 \* \* \* \* \* \* \* \*

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	1. 検	2. 組	3. 共	併用区分 1. 単独 2. 2併 3. 3併	本家区分 1. 本人 2. 六歳 3. 家族	8. 高一	給付割合	10・9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	4. 国	5. 退	6. 後期			0. 高7	8・7	

被保険者 氏名 千葉 太郎 住所 260-\*\*\*\* 千葉市中央区市場町1-1  
世帯主・組合員の受給者 氏名 住所 TEL:043-\*\*\*\*-\*\*\*\*

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
千葉 一郎	1男 1明2大 2女 3昭 平 60年1月1日	

負 傷 名	負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日	施 術 開 始 年 月 日	施 術 終 了 年 月 日	実 日 数	転 帰
(1) 右手関節捻挫	27・4・15	27・4・16	27・4・16	27・4・20	5	治癒・中止・転医
(2)						治癒・中止・転医
(3)						治癒・中止・転医
(4)						治癒・中止・転医
(5)						治癒・中止・転医

経過 請求区分 (新規)・継続

施 術 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

初検料 1,450円	初検時加算支度料 50円	再検料 320円	往療料 km 回 円	金属副子等加算(大・中・小) 円	計	1,820円
加算(休日・深夜・時間外) 円		加算(夜間・難路・暴風雨雪) 円		施術情報提供料 円		

部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円	回数	冷電法料 円	温電法料 円	電療料 円	計 円	多部位 計 円	長期 計 円					
(1)	100		505	4	2,020	1	80	1	75	1	30	2,205			2,205
(2)	100														
(3)	60													0.6	
(4)	60													0.6	

(B) = (A) × (負担割合)  
この事例では3割  
1,436円 = 4,785円 × 0.3  
(小数点以下切り上げ)

自己負担金額: 887円	公費負担金額: 549円	※	合計	4	7	8	5	円 (A)
			一部負担金	1	4	3	6	円 (B)
			請求金額	3	3	4	9	円 (C)

支払区分 (振込) 預金の種類 (普通) 金融機関 (銀行) 千葉 (本店) 千葉 (支店) 〇〇セッコウシカイカイテウ モネカワ タロウ 〇〇接骨師会 会長 骨川 太郎 登録記号番号 □□□ -- △ -- △

上記のとおり施術したことを証明します。↓  
平成27年4月20日 千葉市中央区中央□-△-□  
施術所名称 〇〇接骨院  
電話 043-△△△-□□□□  
柔道 フリガナ ゴウダ ジロウ  
整復師氏名 剛田 次郎

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。  
平成27年4月20日  
住所(上記住所欄と同じ) 加入している団体の口座を記入してください。会員の口座への直接振込は行っていません。  
被保険者 氏名 千葉 太郎  
世帯主  
組合員  
受給者

受取代理人の欄

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

高額療養費を正確に計算するため、摘要欄に実際に被保険者が負担した金額(右記の一部負担金から公費分を除いた金額)を自己負担金額として記載してください。  
(市町村へは公費負担分と自己負担分が2段書きとなるため、それぞれの金額が明確である。しかし、保険者に提出される分の申請書は1段書きのため、公費分の金額と自己負担分の金額が不明なため、高額療養費の金額が正確に計算されない。)

《事例 3》

重心医療費自己負担額 300 円、医療保険の一部負担割合 3 割、  
通院回数 3 回（4 月 18 日～20 日）、施術日ごとの療養費が以下のとおりで  
あった場合

施術年月日	施術療養費 合計(a)	一部負担金額(b) (a×0.3)	重心医療費自 己負担額(c)	重心医療費請 求額 (d)=(b)-(c)
4 月 18 日	505 円	152 円 (注 1)	152 円	/
4 月 19 日	505 円	152 円	152 円	
4 月 20 日	505 円	152 円	152 円	
総合計	1,515 円	455 円 (注 2)	456 円	-1 円 (注 3)

全ての施術日において、「一部負担金額(b)」(医療保険の 3 割負担分)が重度心身障害者(児)医療費自己負担額 300 円に満たないため、重度心身障害者(児)医療費の請求はありません。

注 1 一部負担金額は、505 円×0.3=151.5 円となり、小数点以下は切り上げるため、152 円となります。

注 2 一部負担金額の総合計は、施術日ごとに加算した金額ではなく、施術療養費合計の総合計の 1,515 円×0.3=454.5 円の小数点以下を切り上げた 455 円となります。

注 3 重心医療費請求額の総合計は、(b)の総合計-(c)の総合計となり、455 円-456 円=-1 円となります。(0 円以下の場合は請求しないこととなります。)

## 第6章 柔道整復師の団体に加入していない個人の柔道整復師における現物給付の取り扱いについて

重度心身障害者（児）医療費の現物給付（受領委任）は、県と柔道整復師の団体との間で受領委任契約を締結して行うことを原則としています。

団体に加入していない個人の柔道整復師で、現物給付を希望される個人の柔道整復師においては、県と直接受領委任契約を締結することにより現物給付の取り扱いを行うことができます。

※受領委任契約を締結できる柔道整復師は、関東信越厚生局に医療保険分の受領委任の取扱いについて登録済みの施術管理者に限ります。

### 1 請求手続きについて

施術機関の窓口での取り扱いや支給申請書の記載方法は、団体に加入している柔道整復師と基本的には同様となりますが、以下の点が異なりますので御注意ください。

#### (1) 契約方法

県と個人の柔道整復師との間で受領委任契約を締結します。

#### (2) 請求方法

市町村へ直接請求してください。「請求書」（P 2 0 及び P 2 2 の様式）及び「支給申請書」（P 1 9 の様式）を毎月 2 0 日までに市町村へ提出してください。

※請求内訳書の「団体名」には「施術所名」を記入していただき、「施術所名」は「空欄」としてください。

#### (3) 支払方法

市町村から個人の柔道整復師へ直接振り込みます。

※支給申請書の「支払機関欄」には個人の振り込み先の口座を記入ください。

※ 請求のあった重度心身障害者（児）医療費は、原則として、請求月の翌々月末までにお支払いいたします。ただし、20日以降に請求があった場合、請求書類の記載内容に不備があった場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、請求内容に疑義があり受給者へ施術内容等を確認する必要がある場合等については、支払時期が遅れることもありますので御留意ください。

※ 支給申請書の記載内容に不備がある場合（記載誤り、記載漏れ、施術を受けた者に受給資格がない場合等）、支給申請書記載の施術内容に疑義がある場合等は、支給申請書を返戻いたします。支給申請書が返戻となる場合、提出いただいた「請求書」に記載の請求金額が変更となるため、再度の請求書の提出が必要となりますので御留意ください。

千葉県重度心身障害者（児）医療費助成  
柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

都道府県 番号	12	施術機関コード	
保険者番号			

公費負担者番号 ①	8	1	1	2	公費負担医療の受 給者番号①	記号・番号	1.協	2.組	3.共	単 併 区 分	1.単独 2.2併 3.3併	本 家 区 分	2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給 付 割 合	10・9
公費負担者番号 ②					公費負担医療の受 給者番号②		4.国	5.退	6.後期						8・7	

被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名	住所
-------------------------	----	----

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による
1男	1明2大	
2女	3昭4平	年 月 日

負 傷 名	負 傷 年 月 日	初 検 年 月 日	施 術 開 始 年 月 日	施 術 終 了 年 月 日	実 日 数	転 帰
(1)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(2)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(3)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(4)	・	・	・	・		治癒・中止・転医
(5)	・	・	・	・		治癒・中止・転医

経 過		請求 区分	新規・継続
-----	--	----------	-------

施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

初検料	円	初 検 時 相談支援料	円	再検料	円	往療料	km	回	円	金属副子等加算(大・中・小)	円	計	円	
加算(休日・深夜・時間外)						円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)		円	施術情報提供料		円	計	円

整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円
-------------	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	---	---

部 位	進 減 %	進 減 開 始 月 日	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
			円	円	円	円	円	円	円	円	円
(1)	100	—									
(2)	100	—									
(3)	60	—						0.6			
	100										
(4)	60	—						0.6			
	100										

摘 要	合 計									円
	一部負担金									円
	請求金額									円
	※									円

支払区分	預金の種類	金融機関	本店	支店	支所	支店 口座 名称	支店 口座 番号	登録記号番号
1:振込 2:銀行送金 3:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協						

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。 平成 年 月 日 また、療養費の受領を 会長に委任します。 所在地〒 施術所 名称 電話 柔道 フリガナ 整復師 氏名	受 取 代 理 人 の 欄	上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。 平成 年 月 日 住 所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏 名
-----------------------	--	---------------------------------	--

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

平成 年 月 日

市(町・村)長様

〇〇(柔道整復師団体名)長(印)

## 請求書

重度心身障害者(児)医療費に係る柔道整復施術療養費( 月分)については、  
内訳書を添付の上、下記のとおり請求します。

記

請求金額： 円  
(内訳は別紙のとおり)

振込先：

記載例

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

〇〇市(町・村)長様

〇〇(柔道整復師団体名)長(印)

団体に加入していない個人の柔道整復師は、施術所名及び代表者名を記入してください。

請求書

重度心身障害者(児)医療費に係る柔道整復施術療養費(○月分)については、内訳書を添付の上、下記のとおり請求します。

記

請求金額：7,000円

(内訳は別紙のとおり)

振込先：千葉銀行千葉支店

普通 1234567

〇〇(柔道整復師団体名)会長 千葉 一郎





【記載例】

団体に加入していない個人の  
柔道整復師は、施術所名を記  
入してください。

→ 団体名

市町村名

【重度心身障害者(児)医療費請求内訳書】

登録記号番号	施術所名	受療者名	請求金額(円)	備考
契●● - 0 - 0	○○接骨院	千葉 一郎	1,000	
契□□ - 0 - 0	△△接骨院	千葉 二郎	2,000	
契△△ - 0 - 0	□□接骨院	千葉 三郎	2,500	
契○○ - 0 - 0	●●接骨院	千葉 花子	1,500	
合計			7,000	

請求先の市町村名を記入して  
ください。

団体に加入していない個人の  
柔道整復師は、施術所名は空  
欄としてください。

## 重度心身障害者(児)医療費助成市町村担当課一覽

番号	市町村名	課名	室・班・係名	電話番号	内線	FAX番号	郵便番号	住所
1	千葉市	障害者自立支援課	給付班	043-245-5175	2656	043-245-5549	260-8722	千葉市中央区千葉港1-1
2	銚子市	障害福祉課	給付班	0479-24-8968		0479-25-0277	288-8601	銚子市若宮町1-1
3	市川市	障害者支援課	給付班	047-334-1111	3283	047-335-2030	272-8501	市川市八幡1-1-1
4	船橋市	障害福祉課	給付事業係	047-436-2308		047-433-5566	273-8501	船橋市湊町2-10-25
5	館山市	社会福祉課	社会福祉係	0470-22-3492	575	0470-23-3115	294-8601	館山市北条1145-1
6	木更津市	障害福祉課	給付担当	0438-23-8513	335	0438-25-1213	292-8501	木更津市潮見1-1
7	松戸市	障害福祉課	給付班	047-366-7348	5413	047-366-7613	271-8588	松戸市根本387-5
8	野田市	障がい者支援課	障がい者福祉係	04-7125-1111	2118	04-7123-1095	278-8550	野田市鶴拳7-1
9	茂原市	障害福祉課	障害福祉係	0475-20-1666	6213	0475-20-1610	297-8511	茂原市道表1番地
10	成田市	障がい者福祉課	障がい支援係	0476-20-1539		0476-24-2367	286-8585	成田市花崎町760
11	佐倉市	障害福祉課	自立支援班	043-484-1111	2226	043-484-1742	285-8501	佐倉市海隣寺町97
12	東金市	社会福祉課	障害福祉係	0475-50-1167		0475-50-1232	283-8511	東金市東岩崎1-1
13	旭市	社会福祉課	障害福祉班	0479-62-5351	147	0479-62-5892	289-2595	旭市二の1920番地
14	習志野市	障がい福祉課	給付係	047-453-9206		047-453-9309	275-8601	習志野市津田沼5-12-4 習志野市役所仮庁舎 3F
15	柏市	障害福祉課	手帳・給付担当	04-7167-1111	413	04-7167-0294	277-0005	柏市柏5-10-1
16	勝浦市	福祉課	福祉係	0470-73-6619	2147	0470-73-4283	299-5292	勝浦市新官1343番地の1
17	市原市	障がい者支援課	管理係	0436-22-1111	2275	0436-22-3325	290-8501	市原市国分寺中央1丁目1番地
18	流山市	障害者支援課	障害福祉係	04-7150-6081		04-7158-2727	270-0192	流山市平和台1-1-1
19	八千代市	障害者支援課	障害者援護班	047-483-1151	3239	047-483-2665	276-8501	八千代市大和田新田312-5
20	我孫子市	障害福祉支援課	計画・給付担当	04-7185-1111	384	04-7183-1158	270-1192	我孫子市我孫子1858番地
21	鴨川市	福祉課	障害福祉係	04-7093-7112	833	04-7093-7115	296-0033	鴨川市八色887-1
22	鎌ヶ谷市	障がい福祉課	庶務係	047-445-1141	739	047-443-2233	273-0195	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1
23	君津市	障害福祉課	給付係	0439-56-1148	1148	0439-56-1220	299-1192	君津市久保2-13-1
24	富津市	社会福祉課	障害者福祉係	0439-80-1260	3260	0439-80-1355	293-8506	富津市下飯野2443
25	浦安市	障がい福祉課	障がい給付係	047-351-1111	1143	047-355-1294	279-8501	浦安市猫実1-1-1
26	四街道市	障害者支援課	給付グループ	043-421-6122	2198	043-421-2676	284-8555	四街道市鹿渡無番地
27	袖ヶ浦市	障がい者支援課	給付班	0438-62-3199		0438-63-1310	299-0292	袖ヶ浦市坂戸市場1番地1
28	八街市	障がい福祉課	給付班	043-443-1649	4156	043-443-1742	289-1192	八街市八街35番地29
29	印西市	障がい福祉課	障がい福祉給付班	0476-42-5111	261	0476-42-0381	270-1396	印西市大森2364-2
30	白井市	社会福祉課	障害福祉班	047-497-3483		047-492-3033	270-1492	白井市復1123
31	富里市	社会福祉課	障害福祉班	0476-93-4192	383	0476-93-2215	286-0292	富里市七栄652-1
32	南房総市	社会福祉課	障害福祉係	0470-36-1151	706	0470-36-1133	294-8701	南房総市谷向100
33	匝瑳市	福祉課	福祉班	0479-73-0096	2413	0479-72-1116	289-2198	匝瑳市八日市場ハ793-2
34	香取市	社会福祉課	障害者支援班	0478-50-1252	2437	0478-55-1885	287-8501	香取市佐原口2127
35	山武市	社会福祉課	障がい福祉係	0475-80-2614	615	0475-80-2650	289-1392	山武市殿台296
36	いすみ市	福祉課	障害社会福祉班	0470-62-1117	243	0470-63-1252	298-8501	いすみ市大原7400番地1
37	大網白里市	社会福祉課	社会福祉班	0475-70-0330	1106	0475-72-8454	299-3292	大網白里市大網115-2
38	酒々井町	健康福祉課	福祉班	043-496-1171	135	043-496-4541	285-8510	印旛郡酒々井町中央4-11

## 重度心身障害者(児)医療費助成市町村担当課一覧

番号	市町村名	課名	室・班・係名	電話番号	内線	FAX番号	郵便番号	住所
39	栄町	福祉課	障害者福祉班	0476-33-7708		0476-80-1358	270-1592	印旛郡栄町安食台1-2
40	神崎町	保健福祉課	福祉係	0478-72-1603	301	0478-72-1605	289-0221	香取郡神崎町神崎本宿96
41	多古町	保健福祉課	福祉係	0479-76-3185		0479-76-3186	289-2241	香取郡多古町多古2848
42	東庄町	健康福祉課	福祉係	0478-79-0910		0478-80-3112	289-0612	香取郡東庄町石出2692番地4
43	九十九里町	健康福祉課	社会福祉係	0475-70-3162		0475-76-7541	283-0195	山武郡九十九里町片貝4099
44	芝山町	福祉保健課	福祉係	0479-77-3914		0479-77-0871	269-1692	山武郡芝山町小池992
45	横芝光町	福祉課	障害福祉班	0479-84-1257	1631	0479-84-2713	289-1793	横芝光町宮川11902
46	一宮町	福祉健康課	福祉グループ	0475-42-1431	508	0475-40-1056	299-4301	長生郡一宮町一宮2457
47	睦沢町	健康福祉課	福祉介護班	0475-44-2504	142	0475-44-2527	299-4414	睦沢町下之郷1650-1
48	長生村	福祉課	障がい者支援係	0475-32-6810	530	0475-32-6812	299-4394	長生郡長生村本郷1-77
49	白子町	保健福祉課	福祉係	0475-33-2113		0475-33-4132	299-4292	長生郡白子町関5074番地2
50	長柄町	住民課	健康福祉班	0475-35-2414	145	0475-35-2459	297-0298	長生郡長柄町桜谷712
51	長南町	保健福祉課	福祉介護係	0475-46-2116	158	0475-46-1214	297-0192	長生郡長南町長南2110
52	大多喜町	健康福祉課	社会福祉係	0470-82-2168		0470-82-4461	298-0292	夷隅郡大多喜町大多喜93
53	御宿町	保健福祉課	福祉介護班 福祉係	0470-68-6716	212	0470-68-7182	299-5192	夷隅郡御宿町須賀1522
54	鋸南町	保健福祉課	健康推進室	0470-50-1171	16	0470-50-4148	299-1902	安房郡鋸南町保田560

## 【問い合わせ先】

### 重度心身障害者（児）医療給付改善事業について

千葉県健康福祉部障害福祉課障害保健福祉推進班

住所：郵便番号 260-8667 千葉市中央区市場町 1 番 1 号

電話：043 - 223 - 2340 FAX：043 - 222 - 4133

### 重度心身障害者（児）医療費の請求について

各市町村重度心身障害者（児）医療費助成担当課

重度心身障害者（児）医療費助成に係る柔道整復施術療養費の現物給付化 Q&A

問 1 県と受領委任契約を締結した柔道整復師の団体又は団体未加入の柔道整復師（以下、「柔道整復師の団体等」という）の情報は市町村に提供されるのか。
答 1 契約を締結した柔道整復師の団体等の情報については、定期的に市町村へ情報提供する。（廃業等により契約が解除される場合についても情報提供する。） また、柔道整復師は団体間の移動が多く所属団体の把握が困難ではあるが、県内の柔道整復師がどの団体に所属しているかについても、厚生局や柔道整復師団体から、適宜、情報収集を行い、市町村に情報提供する。
問 2 県内の柔道整復師が県外の団体に加入している場合は、どうなるのか。
答 2 県外の団体と受領委任契約を締結し、県外の団体の会員のうち県内の柔道整復師の受領委任の取扱いができるものとする。
問 3 現物給付の取扱いに関する契約について、契約する団体と契約しない団体があるのか。
答 3 契約は、契約を希望する団体と締結する。そのため、契約する団体と契約しない団体が生じることになる。
問 4 国保連合会の審査により施術内容に疑義があるとして支給申請が返戻された場合、具体的にどのようなことをすればよいか。
答 4 国保連合会の審査により施術内容に疑義があるとされた場合、支給申請書に「返戻ふせん（返戻理由が記載されている）」が添付され、国保連合会から返戻される。 国保連合会から返戻された支給申請書については、必要に応じて重度心身障害者（児）や柔道整復師へ施術内容について照会し、支払いの可否を決定する。（別紙の事例参照） 返戻された支給申請書の取扱いについて不明な点がある場合は、国保連合会へ問い合わせられたい。（国保連合会は市町村へアドバイスを行うが、取扱いの最終的判断は、事業実施者である市町村が行う。） ※国保連合会の審査により施術内容に疑義があるとして支給申請書が返戻されるケースは、わずかである。【国民健康保険の保険診療分については 1%程度の返戻率である。（平成 24 年 2 月 14 日子ども医療費助成事業柔道整復施術療養費 Q&A から抜粋）】
問 5 市町村は柔道整復師から提出された請求書類について資格確認等を行うことがあるが、具体的にどのようなことを行うか。

答 5 受給資格があるか、県と契約をしている柔道整復師の団体等からの請求であるが、重複請求でないか、請求書類に記載漏れはないか、請求金額に誤りはないか（※）等について、確認をする。

※請求金額の確認

- ・一部負担金の割合
- ・「重心医療費請求額 = 一部負担金額 - 重心医療費自己負担額」になっているか。

問 6 国保連合会の審査を受けずに支払うことは可能か。

社会保険は確認できないが、国民健康保険であれば国保連合会の審査を受けたレセプトを市町村の国保のシステムにより確認できることから、国保連合会の審査を受けずに重度心身障害者（児）医療費分を支払うことは可能か。

東京都では区市町村が審査事務を行っているが、千葉県においても各市町村が同様に言うことは可能か。

答 6 審査については、国保連合会と市町村から委任を受けた県との間で審査に関する契約を実施する。国保連合会との契約は、県内全市町村を対象として締結する。（制度を実際に運用してみないと、市町村において審査可能か分からないため。）ただし、実際の制度運用後、審査を国保連合会へ依頼しなくとも市町村において国保連合会と同等の審査が可能であると判断するのであれば、国保連合会に審査依頼を行わずに支払しても差し支えない。

問 7 保険給付分の審査内容（国民健康保険分は国保連合会、社会保険分は協会けんぽで主催している審査会で審査）重度心身障害者（児）医療費分の審査内容に違いが生じることはあるのか。

答 7 審査の内容の違いが生じることはあり得る。

いずれの審査も、厚生労働省の「療養費の支給基準」に基づき行われるが、施術内容の不明確な点に対する対応が保険給付分と重度心身障害者（児）医療費分で異なることがあり得るため。

問 8 支給申請書の記載内容から保険適用の施術か判断できるのか。

答 8 負傷原因によっては保険適用にはならない場合があるが、支給申請書へ負傷原因の記載を要するケースは一部である。全てのケースにおいて負傷原因を記載することは義務付けられていないため、支給申請書の記載内容から全てのケースにおいて保険適用の

<p>施術であるか判断することは困難である。</p>
<p>問9 登録記号番号とは何か</p>
<p>答9 保険給付分の受領委任の取扱いが承認されたときに関東信越厚生局長及び千葉県知事から与えられる番号であり、施術所の施術管理者ごとに決まっている。</p>
<p>問10 受領委任契約を締結していない柔道整復師の団体等から請求があった場合は、どのようにすればよいか。</p>
<p>答10 請求書を受理して差し支えない。契約は後日締結する。契約書には経過措置条項を設け、契約を締結する以前の施術に係る請求についても適正に行われた場合は、助成対象としている。請求書を受理した上、柔道整復師の団体等には県と契約手続きを行うよう伝えていただきたい。</p>
<p>問11 審査支払手数料について、国保連合会から15日までに請求されたものを22日までに支払うこととなっているが、請求期間が短いのではないか。</p>
<p>答11 医療費については、国保連合会が15日までに市町村へ請求し、市町村は22日までに支払うこととなっているが、実際は、国保連合会は、9日までに22日支払期限の納付書を発行し、市町村へ請求している。柔道整復施術療養費についても医療費と同様の取扱いとなる。国保連合会は、9日までに22日支払期限の納付書を発行し、市町村へ支給する。</p>
<p>問12 審査支払手数料の請求は現在の医療費の請求とは別になるのか。</p>
<p>答12 医療費の請求とは別になる。</p>
<p>問13 柔道整復施術療養費も、医療費と同様に国民健康保険分については国保連合会で、被用者保険分については支払基金で審査・支払を行うことはできないのか。</p>
<p>答13 支払基金では柔道整復施術療養費の審査・支払を行っていないので医療費と同様のスキームで審査・支払を実施することはできない。(被用者保険分の審査は協会けんぽで主催している審査会で行っている。)</p> <p>審査は、国民健康保険分及び被用者保険分ともに国保連合会が行い、支払は市町村が行う。支払については、市町村で行う。</p>
<p>問14 柔道整復師の団体等からの市町村への請求書類、市町村が国保連合会へ提出する審査依頼書、国保連合会から市町村への審査結果、市町村から柔道整復師の団体等への支払について、どのような媒体(紙文書、電子データ)でのやりとりになるのか。また、</p>



医療費と同様に支払情報の電子データは提供されるのか。
答 14 電子データは作成されない。全て紙ベースでのやりとりになる。
問 15 柔道整復施術療養費の支給申請に有効期限はあるのか。
答 15 有効期限は2年間である。
問 16 審査事務手数料の額はいくらか。
答 16 平成27年度分は、1件当たり36円である。
問 17 問4のケースにより返戻された支給申請書について再審査を依頼した場合の手数料の扱いはどのようになるのか。
答 17 手数料は審査ごとにかかるので、返戻された支給申請書を審査する場合には、新たに手数料がかかる。
問 18 審査事務手数料は県の補助の対象となるのか。
答 18 県の補助対象となる。
問 19 補助金の対象年度は、柔道整復施術療養費についても通常の医療費の現物給付と同様に請求月の年度で区切られるのか。
答 19 補助金は市町村の支払実績に対して交付されるので、柔道整復施術療養費についても医療費と同様に支払（請求）の年度で区切られる。

## 施術内容に疑義があり返戻された支給申請書の取扱いについて【事例1】

### 【事例1】

捻挫で3月に施術が開始され、11月の施術回数が26回であったケース  
(捻挫で半年以上通院し、月の施術回数が多いケース)

「26回施術を必要とされた理由及び治癒見込みをお知らせください。」と返戻理由が返戻ふせんに記載され、支給申請書が国保連合会から市町村に返戻される。

重度心身障害者(児)に「26回施術を受けたのか」実態を確認する。  
(電話等により確認)

26回施術を受けたことが確認できた場合

26回施術を受けたことが確認できなかった場合  
(保護者が施術回数を覚えていなかった場合等)

柔道整復師に「26回施術を必要とされた理由及び治癒見込み」について確認する。(電話等により確認)

柔道整復師から回答を得られ、回答が妥当だと判断された場合(※1)

柔道整復師から回答を得られなかった場合、回答が妥当だと判断されない場合

請求内容は、適正と判断し、柔道整復師の団体等に施術料を支払う。

柔道整復師の団体等に返戻ふせんに付けたまま支給申請書を返戻する。(「26回施術を必要とされた理由及び治癒見込み」を返戻した支給申請書の適用欄又は裏面に柔道整復師に記載してもらう。)

※1 柔道整復師からの回答に対する判断が困難である場合は、国保連合会に相談する。

※2 柔道整復師の団体等から「26回施術を必要とされた理由及び治癒見込み」を記載された支給申請書が再提出された場合は、国保連合会に審査を再度依頼する。(返戻ふせんに付けたまま。)返戻分の審査依頼は、通常の審査依頼と併せて行う。

## 施術内容に疑義があり返戻された支給申請書の取扱いについて【事例2】

【事例2】  
骨折の施術に対して医師の同意の記載がなかったケース

「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名に記入してください。」と返戻理由が返戻ふせんに記載され、支給申請書が国保連合会から市町村に返戻される。

柔道整復師に「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名」を確認する。  
(電話等により確認)

柔道整復師から「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名」の回答を得られた場合

請求内容は、適正と判断し、柔道整復師の団体等に施術料を支払う。

柔道整復師から「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名」の回答を得られなかった場合

柔道整復師の団体等に返戻ふせんを付けたまま支給申請書を返戻する。  
(「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名」返戻した支給申請書の適用欄又は裏面に柔道整復師に記載してもらう。)(※)

※ 柔道整復師の団体等から「骨折施術に関わる同意年月日、同意医師名」が記載された支給申請書が再提出された場合は、国保連合会に審査を再度依頼する。(返戻ふせんは付けたまま。)返戻分の審査依頼は、通常の審査依頼と併せて行う。